

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

MARIA ALCINETE MARQUES DE LIMA ROOS

**MELHOR EM CASA: DIVULGANDO O SERVIÇO DE ATENÇÃO DOMICILIAR NA
REDE DE ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS NO MUNICÍPIO DE RIO BRANCO/ACRE**

FLORIANÓPOLIS (SC)

2014

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

MARIA ALCINETE MARQUES DE LIMA ROOS

**MELHOR EM CASA: DIVULGANDO O SERVIÇO DE ATENÇÃO DOMICILIAR NA
REDE DE ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS NO MUNICÍPIO DE RIO BRANCO/ACRE**

Monografia apresentada ao Curso de Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem – Opção urgência e Emergência do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina como requisito parcial para a obtenção do título de Especialista.

Profa. Orientadora: Msc Sabrina Guterres da Silva

FLORIANÓPOLIS (SC)

2014

FOLHA DE APROVAÇÃO

O trabalho intitulado **MELHOR EM CASA: DIVULGANDO O SERVIÇO DE ATENÇÃO DOMICILIAR NA REDE DE ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS NO MUNICÍPIO DE RIO BRANCO/ACRE** de autoria da aluna **MARIA ALCINETE MARQUES DE LIMA ROOS** foi examinado e avaliado pela banca avaliadora, sendo considerado **APROVADO** no Curso de Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem – Área Urgência e Emergência

Profa. Msc. Sabrina Guterres da Silva
Orientadora da Monografia

Profa. Dra. Vânia Marli Schubert Backes
Coordenadora do Curso

Profa. Dra. Flávia Regina Souza Ramos
Coordenadora de Monografia

FLORIANÓPOLIS (SC)
2014

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	01
2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	03
3 MÉTODO.....	08
4 RESULTADO E ANÁLISE.....	10
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	12
REFERÊNCIAS.....	13
APÊNDICES.....	15

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1. Folder informativo elaborado para divulgação do Programa de Atenção Domiciliar no município de Rio Branco/Acre, 2014.....	10
Figura 2. Banner com fluxo de inclusão do paciente no programa para divulgação e orientação acerca do Programa de Atenção Domiciliar no município de Rio Branco/Acre, 2014.....	10

RESUMO

Trata-se de um projeto de intervenção em que o produto é o próprio projeto e plano de ação desenvolvido considerado, portanto, uma tecnologia de concepção. O objetivo foi divulgar o Programa de Atenção Domiciliar “Melhor em Casa” na Rede de Atenção às Urgências no Município de Rio Branco-Acre, esclarecendo a servidores e pacientes as características e vantagens do tratamento domiciliar. Para divulgação foram confeccionados folders com informações esclarecedoras a respeito do programa, que foram colocados a disposição da Direção das Instituições, bem como do corpo clínico, e nas enfermarias, para que os pacientes tomassem ciência sobre os serviços que lhe são de direito; também foi produzido um banner com um fluxo de encaminhamento de pacientes para ingresso no Programa Melhor em Casa, para conhecimento do corpo clínico. O banner ficará na Sala da Direção Clínica, com fins de consulta, quando decidido for que o paciente necessitará dos cuidados em domicílio. Foi realizado uma revisão e contextualização histórica da Atenção Domiciliar, que se constitui em instrumento minimizador dos custos e das complicações advindos da hospitalização. Além das vantagens decorrentes da retirada do paciente do ambiente hospitalar, quando for adequado, para levá-lo ao reduto de seu lar, onde receberá os cuidados de que necessita, de forma mais humanizada no seu ambiente familiar, propiciando a diminuição da ansiedade e a recuperação acelerada, ou manutenção de um estado crônico com menor estresse.

Palavras chave: Assistência Domiciliar; Rede de Atenção às Urgências; Cuidados em Saúde.

1 INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS), que é a maior política de inclusão social do País, necessita da efetividade de políticas públicas específicas e intersetoriais para assegurar a cobertura universal e equânime da promoção, proteção e recuperação da saúde das populações (BRASIL, 2009). Nessas duas décadas de construção e estruturação do SUS, muito se avançou, entretanto, obstáculos ainda precisam ser superados, entre os quais a intensa fragmentação das ações e serviços de saúde.

Assim, com vistas a organizar um modelo que suporte as necessidades de saúde e supere a fragmentação da gestão e da atenção, foi instituído no âmbito do SUS, através da portaria 4.279/2010, a Rede de Atenção à Saúde – RAS (BRASIL, 2010).

O Ministério da Saúde (2010) explicita como atributos de uma RAS, a população e o território definidos com amplo conhecimento de suas necessidades e preferências que determinam a oferta de serviços de saúde; prestação de serviços especializados em lugar adequado; existência de mecanismos de coordenação, continuidade do cuidado e integração assistencial por todo o contínuo da atenção; recursos humanos suficientes, competentes, comprometidos e com incentivos pelo alcance de metas da rede; entre outros. Com base nesses atributos define RAS como “arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado” (MENDES, 2011).

Os objetivos de uma RAS são melhorar a qualidade da atenção, a qualidade de vida das pessoas usuárias, os resultados sanitários do sistema de atenção à saúde, a eficiência na utilização dos recursos e a equidade em saúde (ROSEN e HAM, 2008).

Dentre as Redes Temáticas prioritárias da RAS, a Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE) se sobressai, tendo em vista a relevância e premência das situações clínicas envolvidas, além do atual contexto de superlotação dos prontos-socorros.

Em julho de 2011, o Ministério da Saúde publicou a Portaria nº 1.600, reformulando a Política Nacional de Atenção às Urgências, de 2003, e instituindo a Rede de Atenção às Urgências e Emergências no SUS com vistas a assegurar ao usuário o conjunto de ações e serviços em situações de urgência e emergência com resolutividade e em tempo oportuno (BRASIL, 2011).

O Serviço de Atenção Domiciliar (SAD), regulamentado pela portaria nº 963/2013, é um dos componentes da Rede de Atenção às Urgências, e constitui uma modalidade de atenção à saúde substitutiva ou complementar às já existentes, caracterizada por um conjunto de ações de promoção à saúde, prevenção e tratamento de doenças e reabilitação prestadas em domicílio, com garantia de continuidade de cuidados e integrada às redes de atenção à saúde (BRASIL, 2013).

O principal objetivo do SAD é reorganizar o processo de trabalho das equipes que prestam cuidado domiciliar na atenção básica, ambulatorial, nos serviços de urgência e emergência e hospitalar. Com isso, busca-se reduzir a demanda de atendimento hospitalar e/ou o período de permanência de usuários internados, promovendo humanização da atenção, desinstitucionalização e ampliação da autonomia dos usuários (BRASIL, 2013)

No Acre, as diretrizes da Política Nacional de Atenção às Urgências vem norteando as ações implantadas. Está sendo formatada a estruturação da Rede Estadual de Atenção às Urgências e Emergências, também com o propósito de assegurar ao usuário um conjunto de ações e serviços de urgência e emergência em saúde que seja resolutivo e que tenha seu acesso facilitado para realizar o atendimento em tempo hábil. Nesse sentido está sendo reestruturado o Hospital de Urgência e Emergência de Rio Branco – HUERB e já está em funcionamento o Serviço Móvel de Urgência – SAMU, ambos sob gestão estadual.

Considerando o que foi exposto e por se tratar de uma política recentemente implementada propõe-se para esse trabalho como objetivo geral: divulgar o Programa de Atenção Domiciliar no município de Rio Branco-Acre. Objetivos Específicos: esclarecer servidores das Unidades de Urgência e pacientes em tratamento domiciliar a respeito do programa; e confeccionar banners e folders com informações elucidativas em relação ao serviço.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1 Aspectos Históricos da Atenção Domiciliar em Saúde

Nos EUA, a partir do final da década de 1950, a elevação dos custos hospitalares trouxe um crescimento das discussões sobre a assistência domiciliar. Em 1965, o programa do Medicare foi modificado para proporcionar benefícios aos pacientes em atendimento domiciliar, no que foi seguido pelo Medicaid, o programa estadual de assistência médica para os pobres, que passou a incluir disposições para atendimento domiciliar. A primeira UTI pediátrica nos EUA foi criada pelo Dr. John Downes em 1967 no Children's Hospital de Pensilvânia. [...] Em 1975 essa UTI transferiu para internação domiciliar a primeira criança em ventilação mecânica. Em 1979 o estado da Pensilvânia criou o primeiro programa de internação domiciliar que provia assistência integral: médica, de enfermagem e equipamentos necessários. (ROGER M.C, 2008)

No Brasil, a atenção no domicílio contou inicialmente com os Médicos de Família, os profissionais legais de medicina que atendiam seus abastados clientes em casa, proporcionando uma assistência humanizada e de qualidade. Aos menos favorecidos, cabia a filantropia, o curandeirismo e a medicina caseira (SAVASSI et al, 2006).

O Serviço de Assistência Médica Domiciliar de Urgência (SAMDU), fundado em 1949 e vinculado ao Ministério do Trabalho, foi a primeira experiência de atendimento domiciliar brasileira organizada como um serviço. No entanto, a atenção domiciliar foi iniciada como uma atividade planejada pelo setor público com o Serviço de Assistência Domiciliar do Hospital de Servidores Públicos do Estado de São Paulo (HSPE), que funciona desde 1963 (REHEM; TRAD, 2005).

Segundo Silva et al (2010), os serviços de atenção domiciliar têm se expandido no País com maior força a partir da década de 1990, fazendo com que haja necessidade de regulamentação de seu funcionamento e de políticas públicas de modo a incorporar sua oferta às práticas institucionalizadas no Sistema Único de Saúde (SUS).

Do ponto de vista normativo, tem-se a publicação da portaria nº 2.416 em 1998, que estabelece requisitos para credenciamento de hospitais e critérios para realização de internação domiciliar no SUS. Na década de 2000, no Brasil, existiam diversas experiências e projetos direcionados para a atenção no âmbito do domicílio, com variadas características e modelos de atenção, destacando-se, sob o aspecto normativo, o programa de Atenção Domiciliar Terapêutica

para AIDS (ADT-AIDS) e o programa direcionado à atenção dos idosos, que contam com portarias específicas (CARVALHO, 2009).

No entanto, a maioria das experiências brasileiras em atenção domiciliar, nesta época, foram iniciativas das Secretarias Municipais de Saúde ou de hospitais, nos três níveis de governo, e não contava com políticas de incentivo ou regulamentação de financiamento. Estas iniciativas possuíam lógicas diversas que iam desde a substituidade aos cuidados hospitalares, até a humanização da atenção e formas de racionalização de recursos assistenciais (CARVALHO, 2009).

Ainda no Brasil a primeira década do século 21 é marcada pela regulamentação da Atenção Domiciliar. Em 2000 a Portaria número 2874, de 30 de agosto, da Secretaria de Estado de Assistência Social prevê a assistência domiciliar a idosos. Em 2002 o Conselho Federal de Enfermagem aprova a resolução número 270, que define a regulamentação para as empresas que prestam serviços de Enfermagem Domiciliar Home Care. Por sua vez, o Conselho Federal de Farmácia edita a resolução número 386, em 12 de novembro, onde dispõe sobre as atribuições do farmacêutico no âmbito de assistência domiciliar em equipes multidisciplinares (BRASIL, 2012).

Em 2003 o Conselho Federal de Medicina aprova a resolução número 1.668/2003 que dispõe sobre normas técnicas necessárias à assistência domiciliar de paciente, definindo as responsabilidades; e a interface multidisciplinar neste tipo de assistência. A Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), em 2003 publica a Consulta Pública número 81, de 10 de outubro de 2003, relacionada com a prática da Assistência Domiciliar no Brasil e em 2006 a resolução RDC nº. 11, com as regras para o funcionamento de serviços de saúde que prestam atenção domiciliar (BRASIL, 2012).

A atenção domiciliar (AD) constitui uma nova modalidade de atenção à saúde, substitutiva ou complementar às já existentes, oferecida no domicílio e caracterizada por um conjunto de ações de promoção à saúde, prevenção e tratamento de doenças e reabilitação, com garantia da continuidade do cuidado e integrada às Redes de Atenção à Saúde, cujas ações são implementadas, no âmbito do Ministério da Saúde, pela Coordenação-Geral de Atenção Domiciliar (CGAD) (BRASIL, 2012).

Organizada em três modalidades: AD1, AD2 e AD3, e definida a partir da caracterização do paciente, do tipo de atenção e dos procedimentos utilizados para a realização do cuidado,

aatenção domiciliar visa a proporcionar ao paciente um cuidado contextualizado a sua cultura, rotina e dinâmica familiar, evitando hospitalizações desnecessárias e diminuindo o risco de infecções (BRASIL, 2012).

Brasil (2012), pontua a Modalidade AD1, que destina-se a pacientes que tenham problemas de saúde controlados/compensados e com dificuldade ou impossibilidade física de locomoção até uma unidade de saúde; e/ou pacientes que necessitem de cuidados de menor intensidade, incluídos os de recuperação nutricional, de menor frequência de visitas, com menor necessidade de recursos de saúde e dentro da capacidade de atendimento de todos os tipos de equipes que compõem a Atenção Básica.

O supracitado autor caracteriza a modalidade AD2 como sendo destinada a usuários que possuam problemas de saúde e dificuldade ou impossibilidade física de locomoção até uma unidade de saúde e que necessitem de maior frequência de cuidado, recursos de saúde e acompanhamento contínuo, podendo ser oriundos de diferentes serviços da rede de atenção, com necessidade de frequência e intensidade de cuidados maior que a capacidade da rede básica. E A modalidade AD3 destina-se aos usuários semelhantes aos da AD2, mas que façam uso de equipamentos específicos. São pacientes de maior complexidade que dificilmente terão alta dos cuidados domiciliares; além de possuírem problemas de saúde e dificuldade ou impossibilidade física de locomoção até uma unidade de saúde, com necessidade de maior frequência de cuidado, acompanhamento contínuo e uso de equipamentos, podendo ser oriundos de diferentes serviços da rede de atenção à saúde.

2.2 A Atenção domiciliar na Rede de Urgência e Emergência

Segundo Mendes (2011), na concepção de Redes de Atenção à Saúde, os diferentes níveis de atenção à saúde e serviços com diferentes densidades tecnológicas integram-se através de uma rede poliárquica, que se organiza através de um centro de comunicação que coordene os fluxos, organização diferente ao modelo conceituado como hierarquizado e caracterizado por níveis de complexidade.

Integrando-se a Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE) a Atenção Domiciliar, torna-se um dispositivo potente na produção de cuidados efetivos através de práticas inovadoras em espaços não convencionais (o domicílio) possibilitando, desta forma, um olhar diferenciado

sobre as necessidades dos sujeitos. Neste contexto, visa à mudança do modelo assistencial, com o cuidado continuado, responsabilizando-se por determinada população e, assim como os outros pontos de atenção, devendo responder, às condições agudas e crônicas da população(BRASIL, 2012).

Os Serviços de AD do Programa Melhor em Casa compõem a Rede de Atenção à Saúde e devem estar integrados mediante o estabelecimento de fluxos assistenciais, protocolos clínicos e de acesso, e mecanismos de regulação, em uma relação solidária e complementar(BRASIL, 2013).

No Acre, o Programa funciona desde 2011, sendo implantado pela Secretaria de Estado de Saúde, a fim de atender alta demanda de pacientes que necessitavam de cuidados domiciliares; porém, foi habilitado, junto ao Ministério da Saúde, através da Portaria nº 2.501, de 1º de novembro de 2012, sendo na modalidade de Atenção Domiciliar (AD3). Hoje o programa atende 26 pacientes, os quais cada um deles recebe visitas regulares, no mínimo duas vezes por semana. A equipe é composta por 01 médico, 01 Enfermeiro, 01 fisioterapeuta, 01 nutricionista e 04 Técnicos em Enfermagem. Por se tratar de um serviço da modalidade AD3, para que o paciente seja incluso no Programa, terá que atender, no mínimo, um dos seguintes critérios:

- ✓ Demanda por procedimentos de maior complexidade, que podem ser realizados no domicílio, tais como: curativos complexos e drenagem de abscesso, entre outros;
- ✓ Dependência de monitoramento frequente de sinais vitais;
- ✓ Necessidade frequente de exames de laboratório de menor complexidade;
- ✓ Adaptação do paciente e /ou cuidador ao uso do dispositivo de traqueostomia;
- ✓ Adaptação do paciente ao uso de órteses/próteses;
- ✓ Adaptação de pacientes ao uso de sondas e ostomias;
- ✓ Acompanhamento domiciliar em pós-operatório;
- ✓ Reabilitação de pessoas com deficiência permanente ou transitória, que necessitem de atendimento contínuo, até apresentarem condições de frequentarem serviços de reabilitação;
- ✓ Uso de aspirador de vias aéreas para higiene brônquica;
- ✓ Acompanhamento de ganho ponderal de recém-nascidos de baixo peso;
- ✓ Necessidade de atenção nutricional permanente ou transitória;

- ✓ Necessidade de cuidados paliativos;
- ✓ Necessidade de medicação endovenosa ou subcutânea;
- ✓ Necessidade de fisioterapia semanal.
- ✓ Necessidade do uso de, no mínimo, um dos seguintes equipamentos/procedimentos:
 - Oxigenoterapia e Suporte Ventilatório não invasivo (Pressão Positiva Contínua nas Vias Aéreas – CPAP, Pressão Aérea Positiva por dois Níveis – BIPAP, Concentrador de O₂);
 - Diálise peritoneal; e.
 - Paracentese.

Vale retificar que para admissão de usuários nesta modalidade é indispensável à presença de um cuidador identificado. Existem também que critérios de não inclusão do usuário no serviço; estes critérios servem pra qualquer uma das três modalidades. Para que o paciente não seja incluso no Programa, é necessária a presença de pelo menos um destes critérios:

- ✓ Necessidade de monitorização contínua;
- ✓ Necessidade de assistência contínua de enfermagem;
- ✓ Necessidade de propedêutica complementar, com demanda potencial para a realização de vários procedimentos diagnósticos, em sequência, com urgência;
- ✓ Necessidade de tratamento cirúrgico em caráter de urgência;
- ✓ Necessidade de uso de ventilação mecânica invasiva continua.

3 MÉTODO

Trata-se de um projeto de intervenção em que o produto é o próprio projeto e plano de ação desenvolvido considerado, portanto, uma tecnologia de concepção.

3.1 Cenário

O cenário de realização deste projeto foi o Serviço Atendimento Móvel de Urgência – SAMU de Rio Branco (que coordena a Atenção Domiciliar e a Rede de Atenção às Urgências e Emergências no município), e o Hospital de Urgência e Emergência de Rio Branco – HUERB, o qual foi eleito para divulgação do programa entre servidores e pacientes.

3.2 Tecnologia de Concepção

O presente projeto de intervenção teve como foco a divulgação do Programa de Atenção Domiciliar “Melhor em Casa” na Rede de Atenção às Urgências no município de Rio Branco/Acre e foi realizado em três etapas: 1) Revisão bibliográfica; 2) Construção de um folder e banners para divulgação do programa e 3) Divulgação do Programa de Atenção Domiciliar “Melhor em Casa”, que serão detalhadas a seguir:

3.2.1 Primeira etapa: Revisão bibliográfica

Primeiramente para apropriação do assunto e elaboração de estratégias e informações para divulgação do Programa de Atenção Domiciliar, foi realizada uma revisão bibliográfica não sistematizada, na qual foram buscados dados históricos acerca da Atenção Domiciliar, bem como legislações acerca desse serviço. Essa etapa aconteceu entre Janeiro a abril de 2014, e foi fundamental para elaboração e condução da segunda e terceira etapa do projeto.

3.2.2 Segunda etapa: Construção de um folder e banners para divulgação do programa

Nesta etapa foi realizada a construção dos instrumentos que serão utilizados para divulgação do Programa. Foi elaborado um folder e banners com informações acerca do programa bem como fluxos de ingresso de pacientes no mesmo, após reunião com a Coordenação e equipe do Programa Melhor em Casa. Essa etapa foi contemplada no mês de maio de 2014.

3.2.3 Terceira etapa: Divulgação do Programa de Atenção Domiciliar “Melhor em Casa”

A terceira e última etapa está prevista para junho de 2014 e constituirá a divulgação propriamente dita do Programa para servidores e pacientes das Unidades de Urgência do município de Rio Branco/AC. A divulgação será realizada em reuniões com a Direção do HUERB e as outras instituições que encaminham pacientes para ingresso no serviço, Médicos e equipe de Enfermagem da Unidade, com datas pré-estabelecidas, onde serão apresentados o banner e os folders, explanando a respeito do Programa, bem como explicitando os critérios de inclusão na modalidade do Programa (AD3); será exposto e explicado o fluxo de admissão no serviço, a fim que não fiquem dúvidas em relação a inserção do paciente no Programa.

3.3 Aspectos Éticos

Por não se tratar de pesquisa, o projeto não foi submetido ao Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) e não foram utilizados dados relativos aos sujeitos ou descrições sobre as situações assistenciais (apenas a tecnologia produzida).

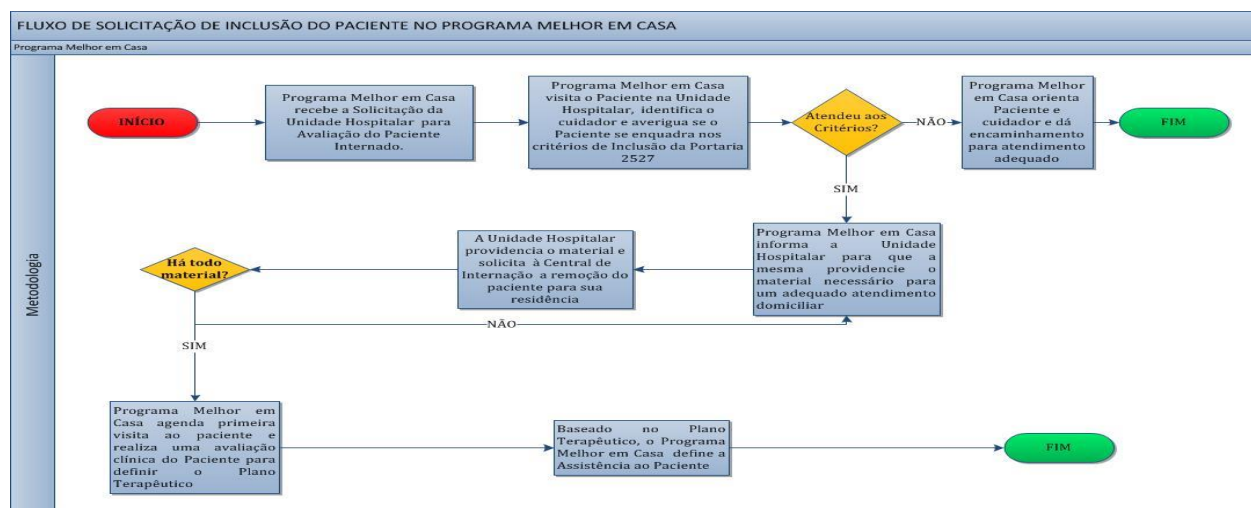
4 RESULTADO E ANÁLISE

Os resultados deste projeto estão centrados na primeira e segunda etapa descritas na metodologia. As tecnologias produzidas foram a construção de um folder e de um banner com fluxo de ingresso de pacientes no Programa de Atenção Domiciliar no município de Rio Branco/Acre, que serão utilizados na terceira etapa do projeto. Esses materiais construídos neste projeto podem ser visualizados nas figuras 1 e 2 e em melhor detalhes nos APÊNDICES A e B.

Figura 1: Folder informativo elaborado para divulgação do Programa de Atenção Domiciliar no município de Rio Branco/Acre, 2014.



Figura 2: Banner com fluxo de inclusão do paciente no programa para divulgação e orientação acerca do Programa de Atenção Domiciliar no município de Rio Branco/Acre, 2014.



O objetivo da construção deste folder é que os Coordenadores das Instituições, Médicos e Enfermeiros das mesmas, conscientize-se a respeito do Programa de Atenção domiciliar, sabendo quais usuários que atendem os critérios de inclusão, podendo, assim, continuar recebendo assistência integral em domicílio, por parte da Equipe Multiprofissional que compõe o Programa Melhor em Casa. Foi produzido também um fluxo de ingresso de pacientes na assistência domiciliar, o qual foi exposto no banner, validado em conjunto com Coordenadores das Instituições, visando o correto encaminhamento dos usuários à modalidade adequada de atendimento, de acordo com suas necessidades; em consoante a tal, ocorre também a organização do processo de trabalho, com inclusão de protocolos no serviço.

O Programa de Atenção Domiciliar se mostra como importante alternativa para as Unidades Hospitalares prestadoras de serviço ao Sistema único de Saúde, e favorece pacientes internados pelo SUS recebendo assistência integral e contínua pós-alta hospitalar. Dentre os Benefícios do Programa, pode-se citar a redução do risco de infecção hospitalar, humanização do tratamento, com convivência direta com os familiares e retorno às suas atividades mais rapidamente. Já para o Sistema de Saúde, a implantação do serviço também constitui uma maior oferta de leitos na rede de saúde do e redução de custos com internações.

A assistência domiciliar constitui um olhar mais completo, e considera a necessidade de humanizar o cuidado com o paciente e a relação deste com a família. Para que a internação domiciliar possa crescer e seja uma modalidade aceita ou requerida pela família e o paciente, precisa ser uma prática individualizada e humana, visando o cuidado e a demanda de cada um os envolvidos, não apenas como forma de atenuar problemas do sistema de saúde, particularmente da rede pública.

Os documentos aqui elaborados foram bem aceitos pela Coordenação das instituições e seus respectivos corpos clínicos, tendo os mesmos se conscientizado de que o cuidado domiciliar é um recurso que deve ser utilizado sempre que necessário. É próprio da missão das Instituições de Saúde, e realizá-lo não significa que o médico abandonou sua prática de procedimento centrada.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Apesar dos resultados positivos da divulgação dos objetivos, características e ações do Serviço de Atenção Domiciliar, vê-se a necessidade de ações continuadas de esclarecimentos ao público-alvo com vistas a efetivação dos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde no Acre, no que se refere ao acesso facilitado das ações e serviços de saúde. A transformação do modelo de atenção é um método implexo, pois está condicionada à inclusão de alterações no processo de trabalho em saúde quanto aos seus propósitos, objetos, meios e nas relações entre profissionais e a população usuária do serviço.

O presente projeto evidenciou a importância da assistência domiciliar como modalidade alternativa a hospitalização. Para que este modelo seja realizado é imprescindível a incorporação da integralidade do cuidado ao usuário, como norte para as ações em saúde.

REFERÊNCIAS

BRASIL. **Sistema único de Saúde: compêndio básico.** 2009. Disponível em: http://www.praia grande.sp.gov.br/arquivos/cursos_sesap2/Compendio%20B%C3%A1sico%20-Sistema%20%C3%9Anico%20de%20Sa%C3%BAde%20-SUS.pdf Acesso em 17/02/2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010.** Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF, 2010. Disponível em http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html Acesso em 17/02/2014.

BRASIL. **Caderno de Atenção Domiciliar.** Brasília : Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. **Portaria nº 963, de 27 de maio de 2013.** Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF, 2013. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0963_27_05_2013.html Acesso em 17/02/2014.

BRASIL. **Atenção Domiciliar no Âmbito do Sus (Programa Melhor Em Casa).** Acessado em 22/04/14. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_melhor_em_casa.php.

CARVALHO, L. C. **A disputa de planos de cuidado na atenção domiciliar.** Rio de Janeiro: UFRJ / Faculdade de Medicina, 2009.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde.** Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

MERHY, E.E., FEUERWERKER, L.C.M. **Atenção domiciliar: medicalização e substitutividade.** Artigo produzido para Seminário Nacional de divulgação dos resultados da pesquisa Implantação de Atenção Domiciliar no Âmbito do SUS – Modelagem a partir das Experiências Correntes. Disponível em: http://www.medicina.ufrj.br/micropolitica/pesquisas/atencaodomiciliar/textos/ad-medicalizacao_e_substitutividade.pdf. Acessado em 05/03/2012.

ROGER, M.C. **Intensive Care Around the World**. In: Nichols DG, editor. Roger's Textbook of Pediatric Intensive Care. 4^a edition. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2008, P. 1-17.

ROSEN R, H.A.M. C. Atención integrada: enseñanzas de evidencia y experiencia, informe del seminario Anual de Salud. **Revista de Innovación Sanitaria y Atención Integrada**, 2008.

SAVASSI, L. C. M, DIAS, M. F. Grupos de estudo em saúde da família. **Módulo Visita Domiciliar**, 2006. Acessado em 07/04/12. Disponível em:
<http://www.smmfc.org.br/gesf/gesfvd.htm/>

SILVA, K. L. et al. Atenção domiciliar como mudança do modelo técnicoassistencial. **Revista de Saúde Pública**, 2010.

APÊNDICES

APENDICE 1–FOLDER CONTRUIDO NESTE PROJETO PARA DIVULGAÇÃO DO PROGRAMA DE ATENÇÃO DOMICILIAR EM RIO BRANCO/ACRE.

SERVIÇO DE ATENÇÃO DOMICILIAR – PROGRAMA MELHOR EM CASA

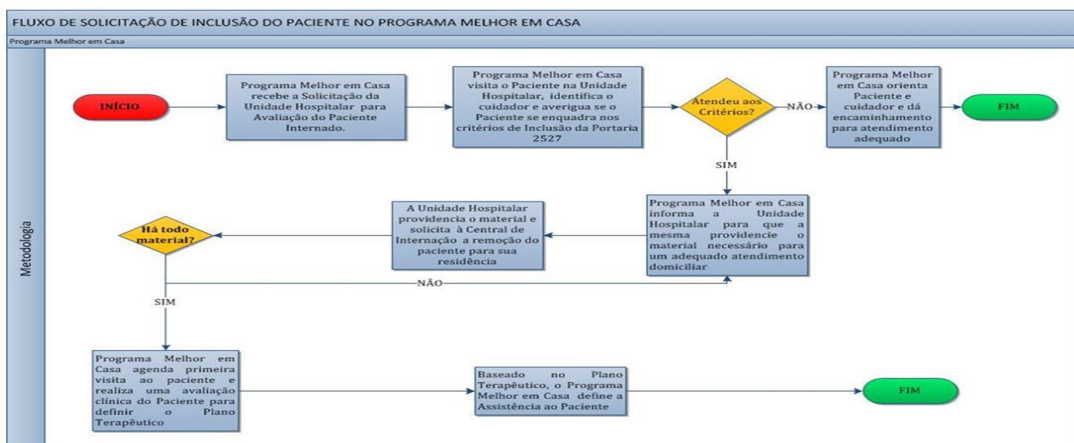
- Ação de saúde, que substitui ou completa a que já existe;
- Assistência em domicílio;
- Visitas regulares por semana;
- Implantado desde 2011;

Equipe Multiprofissional que compõe o Programa Melhor em Casa no Acre

- 01 Médico;
- 01 Enfermeiro;
- 01 Fisioterapeuta;
- 01 Nutricionista;
- 04 Técnicos em Enfermagem

BENEFÍCIOS DO PROGRAMA

- Atendimento em casa e próximo à família;
- Diminuição dos riscos de contaminação e infecção;
- Atendimento humanizado;



GOVERNO DO ESTADO DO ACRE
SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE



Critério de admissão na modalidade Ad3

- Demanda por procedimentos de maior complexidade, que podem ser realizados no domicílio, tais como: curativos complexos e drenagem de abscesso, entre outros;
- Dependência de monitoramento frequente de sinais vitais;
- Necessidade frequente de exames de laboratório de menor complexidade;
- Adaptação do paciente e/ou cuidador ao uso do dispositivo de traqueostomia;
- Adaptação do paciente ao uso de órteses/próteses;
- Adaptação de pacientes ao uso de sondas e ostomias;
- Acompanhamento domiciliar em pós-operatório;
- Reabilitação de pessoas com deficiência permanente ou transitória, que necessitem de atendimento contínuo, até apresentarem condições de frequentarem serviços de reabilitação;
- Uso de aspirador de vias aéreas para higiene brônquica;
- Acompanhamento de ganho ponderal de recém-nascidos de baixo peso;
- Necessidade de atenção nutricional permanente ou transitória;
- Necessidade de cuidados paliativos;
- Necessidade de medicação endovenosa ou subcutânea;
- Necessidade de fisioterapia semanal.
- Necessidade do uso de, no mínimo, um dos seguintes equipamentos/procedimentos:
 - ⇒ Oxigenoterapia e Suporte Ventilatório não invasivo (Pressão Positiva Contínua nas Vias Aéreas – CPAP, Pressão Aérea Positiva por dois Níveis – BIPAP, Concentrador de O2);
 - ⇒ Diálise peritoneal; e
 - ⇒ Paracentese.

Critérios para não inclusão de pacientes, em qualquer modalidade de atendimento domiciliar

- Necessidade de monitorização contínua;
- Necessidade de assistência contínua de enfermagem;
- Necessidade de propedêutica complementar, com demanda potencial para a realização de vários procedimentos diagnósticos, em sequência, com urgência;
- Necessidade de tratamento cirúrgico em caráter de urgência;
- Necessidade de uso de ventilação mecânica invasiva contínua.

APENDICE 2–BANNER CONSTRUÍDO NESTE PROJETO PARA DIVULGAÇÃO DO FLUXO ASSISTENCIAL DO PROGRAMA DE ATENÇÃO DOMICILIAR EM RIO BRANCO/ACRE.

